

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

410

N

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Sévère BERGER

Ne le 17 Septembre 1901, à Paris

Les Présentations de l'Épaule
à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière

1922-1931

Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE.

LES PRESSES MODERNES
45, rue de Maubeuge, 45
PARIS

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Sévère BERGER

Né le 17 Septembre 1901, à Paris

Les Présentations de l'Épaule à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière

1922-1931

Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE.

LES PRESSES MODERNES
45, rue de Maubeuge, 45
PARIS

1931

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. BALTHAZARD.

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	MAURICE VILLARET
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBoulLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉONBERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Physiologie	N...
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD Henri.
Chimie biologique	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULE.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBE (Henri).
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique	HUGUENIN.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pathologie mentale	LIAN.
Pharmacologie	HAZARD.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHT Fils.
Dermatologie et syphillographie	SÉZARY.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERRER
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.....	} Clinique médicale	BASSET.....	} Clinique chirurgicale
CHIRAY.....		CHEVASSU....	
DEBRE.....		HEITZ-BOYER	
DUVOIR.....		MATHIEU.....	
FIESSINGER..		MOCQUOT	
LAIGNEL-		PROUST.....	
LAVASTINE		SCHWARTZ...	
		LE LORIER...	

MM.

LEVY-SOLAL.....	} Clinique obstétricale
METZGER.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-PÈRE

LE DOCTEUR MICHEL PAYOT

A MA MÈRE

*Qui s'est imposée pour moi de nombreux
sacrifices.*

A MA SŒUR

A MONSIEUR CAMILLE CHAUTEMPS

Ancien Président du Conseil

Député du Loir-et-Cher

*En remerciement du vif intérêt qu'il m'a
toujours témoigné.*

A MONSIEUR STÉPHANE STROWSKI

Ancien Elève de l'Ecole Normale Supérieure

Professeur Agrégé de Philosophie

Docteur en Droit

En souvenir de notre vieille amitié.

A MONSIEUR MARRAUD

Ancien Préfet

Trésorier Payeur Général

A MONSIEUR LOUIS BERNARD

Pharmacien de Première Classe

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Paris

Accoucheur de Baudelocque

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant
de présider notre thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur de Lariboisière

Officier de la Légion d'Honneur

*Dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève
et qui après nous avoir inspiré le sujet
de notre Thèse a eu la bienveillance de
nous aider de ses conseils.*

A MONSIEUR MEYER

Interne des Hôpitaux

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE TOURS :

Monsieur le Professeur LAPEYRE

Monsieur le Professeur GUILLAUME LOUIS

Monsieur le Docteur BOSC (*In Memoriam*)

Monsieur le Docteur DESNOYELLES

Monsieur le Docteur BONDUY

Monsieur le Docteur VIALLE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS :

Monsieur le Professeur Agrégé RIBIERRE
(*In Memoriam*)

Monsieur le Docteur RIST

Monsieur le Docteur COULAUD

Monsieur le Docteur LAUBRY

Monsieur le Docteur WALSER

Monsieur le Docteur LEVANT

Monsieur le Docteur ANDRÉ MARTIN

Monsieur le Docteur ANDRÉ BUQUET

Monsieur le Docteur ROUFFIAC

Monsieur le Docteur GEORGES LABEY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI PAILLARD

*En reconnaissance des bons soins qu'il nous
a prodigués.*

Introduction

Durant le très long stage que nous avons fait dans le service de Monsieur le Docteur Devraigne à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière, nous avons été frappés de la rareté des présentations de l'épaule.

Nous nous sommes aperçus que les chiffres recueillis ne concordaient pas avec les statistiques généralement données dans les auteurs classiques; aussi avons-nous été amenés à rechercher parmi les cas que nous avons observés à quelles influences était due cette différence d'appréciation sur laquelle nous désirons attirer l'attention. Mais avant d'aborder notre sujet, nous tenons à indiquer les grandes lignes du plan que nous allons suivre.

Dans un premier chapitre, nous étudierons les statistiques anciennes.

Dans un deuxième chapitre, nous montrerons l'évolution des présentations de l'épaule dans les anciennes statistiques, d'abord pendant la gestation, ensuite pendant le travail.

Dans un troisième chapitre, nous étudierons les statistiques actuelles et les comparerons aux statistiques anciennes en nous servant pour cela de tableaux sinoptiques.

Dans un quatrième chapitre, nous exposerons que l'é-

volution des présentations de l'épaule dans les statistiques actuelles est favorable et que cela est la résultante de deux causes essentielles :

a) La création de consultations maternelles ou prénatales gratuites de plus en plus nombreuses ;

b) Les progrès sensibles réalisés dans la thérapeutique de ces présentations.

Dans un cinquième chapitre, nous discuterons de la thérapeutique ancienne et moderne employée :

a) Pendant la grossesse ;

b) Pendant le travail.

Dans un sixième chapitre, nous concluons en montrant que la diminution de fréquence des présentations de l'épaule ressort de l'étude comparée des statistiques anciennes et nouvelles et que cette diminution est due en grande partie aux progrès réalisés non seulement dans l'éducation du public et des médecins, mais encore dans la technique opératoire, ce qui fait que l'on observe maintenant dans les services hospitaliers que des présentations de l'épaule irréductibles, exception faite toutefois de celles dues à un vice de conformation du bassin, à une brièveté naturelle ou accidentelle du cordon, à une malformation utérine ou à la présence de tumeurs pelviennes gênant l'accommodation et dont les risques de mortalité pour le fœtus et pour la mère sont prévenus par des interventions appropriées pratiquées au moment opportun.

Dans ce travail, nous nous proposons de montrer que les présentations de l'épaule ont diminué de fréquence dans ces dernières années. Pour cela, nous étudierons d'abord les anciennes statistiques :

1° Celles établies à Lariboisière, de 1881 à 1888;

2° Celles établies à la Clinique Baudelocque, de 1890-1898, 1898-1906;

3° Celles établies à la Clinique Tarnier de 1898 à 1908;

4° Celles établies par les anciens auteurs.

Puis nous étudierons les statistiques actuelles en les comparant aux anciennes.

Mais avant d'aborder l'étude de ces statistiques, nous n'omettrons pas de citer les paroles autorisées prononcées par M. le Professeur Pinard au deuxième Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, tenu à Paris en 1921 et dans lesquelles il signale la tendance à la diminution des présentations de l'épaule en ces termes : « Il y a cinquante ans, c'était l'époque où il ne se passait guère de nuit où l'interne de garde de nos hôpitaux ou maternités ne soit réveillé par l'arrivée d'un brancard où gisait une pauvre femme, mère déjà de plusieurs enfants et qui nous venait en plein travail, avec une présentation de l'épaule — on ne voit plus aujourd'hui pareil spectacle —. L'hygiène de la gestation, telle que les travaux du dernier demi-siècle ont

permis de la constituer, nous permet d'éviter de pareils accidents. Mais si la masse des femmes a pu profiter de ces progrès, c'est que non seulement les données de la science ont mis à notre portée des moyens nouveaux, mais encore que l'opinion médicale et l'opinion publique ont été frappées de ce fait que pareils moyens étaient en notre pouvoir, qui nous permettaient de prévenir pour ne pas avoir à guérir.... »

Statistiques de Lariboisière.

1881-1888 :

Sur 11.476 accouchements, 41 présentations dse l'épaule, moyenne 1/347.

Statistiques de Baudelocque (Service de M. le P^r Pinard).

1890-1898 :

Sur 15.264 accouchements, épaules : 66; moyenne 1/231.

1898-1906 :

Sur 18.890 accouchements, épaules : 50; moyenne 1/377.

Statistiques de Tarnier.

1898-1908 :

Sur 15.542 accouchements, épaules : 95; moyenne 1/163.

Statistiques des anciens auteurs (1) :

Mme La Chapelle, sur 15.652 accouchements, épaules : 68, moyenne 1/230.

(1) M. DUFOUR. — *Thèse*, Paris, 1898.

Paul Dubois, sur 2.022 accouchements, épaules : 13,
moyenne $1/155$.

M. Depaul, sur 16.233 accouchements, épaules : 189,
moyenne $1/85$.

M. Porquet, sur 4.000 accouchements, épaules : 55,
moyenne $1/72$.

Maternité de Paris, 1881-1888, sur 21.462 accouche-
ments, épaules : 110, moyenne $1/219$.

Les résultats obtenus chez les anciens auteurs, comme nous le voyons, ne sont pas concordants ; cela tient à ce que les uns ne tiennent compte que des accouchements à terme et les autres des accouchements à terme et non à terme.

La moyenne générale de ces résultats est de $1/183$.

Ces résultats sont bien supérieurs à ceux de M. Planchon (2). Celui-ci à Tarnier, de 1888 à 1898, avait trouvé sur 13.257 accouchements, 95 présentations de l'épaule, soit une moyenne de $1/139$.

D'ailleurs en 1898, M. Planchon remarquait déjà une diminution « grâce, disait-il, à l'observation journalière à laquelle sont soumises aujourd'hui les femmes enceintes, grâce aux appareils appliqués quelque temps avant l'accouchement, leur nombre va en diminuant ». Cette diminution incessante, indéniable, est prouvée par les statistiques rigoureusement exactes que nous venons d'étudier.

(2) D^r PLANCHON. — *Thèse*, Paris, 1898.

En 1898, M. le Professeur Bar avait établi un tableau d'hydramnios sur lequel il émettait l'opinion suivante : « Ce tableau porte sur une durée de 74 ans, de 1825 à 1898. Pendant ce laps de temps, nous avons relevé 767 accouchements avec hydramnios, statistique relevée à la Maternité. Sur ces 767 accouchements, nous avons 68 présentations de l'épaule. En partageant en deux périodes de 36 ans, nous avons pour les 36 premières années 53 présentations de l'épaule et 15 seulement de 1861 à 1898. Nous avons relevé 381 cas d'hydramnios de 1825 à 1861 sur lesquels 53 épaules (donc une épaule sur 8), tandis que dans les 36 dernières années, nous avons 386 cas d'hydramnios et 15 épaules (donc une sur 25)... »

Ceci établi, nous allons chercher maintenant quelle est l'évolution des présentations de l'épaule d'après les auteurs classiques.

Nous étudierons cette évolution :

- 1° Pendant la gestation ;
- 2° Pendant le travail.

Pendant la gestation, il n'est pas rare de voir l'accouchement par l'épaule se faire vers le cinquième ou sixième mois ; cependant, la gestation peut être conduite à terme. Cette tendance à l'avortement et à l'accouchement prématuré réside essentiellement dans la conformation de l'organe gestateur.

Les malformations utérines se rencontrent en effet assez

fréquemment. Ces malformations, qui peuvent être congénitales et tenir à la non suture des canaux de Müller au cours de la vie intra-utérine, peuvent se présenter sous différents aspects. Nous pouvons avoir des utérus didelphes ou des utérus cordiformes, dus à la présence d'une cloison médiane siégeant sur le fond de l'utérus et faisant saillie dans la cavité sous forme d'éperon. Par contre, on peut se trouver en présence de malformations acquises parmi lesquelles nous citerons surtout l'obliquité utérine due à la présence d'une tumeur praevia, d'un kyste de l'ovaire ou de rétrécissements du bassin d'origine rachitique.

Sous l'influence de ces malformations utérines congénitales ou acquises, même si elles sont peu accentuées, il peut se produire une interruption précoce dans l'évolution de la grossesse.

La conformation de l'organe gestateur est donc, comme nous venons de le voir, un facteur important dans l'évolution de la grossesse, car il est assez fréquent de voir dans ce cas chez une même femme des grossesses sucessives dans lesquelles le fœtus se présente par l'épaule.

Pendant le travail, l'évolution des présentations de l'épaule joue un rôle important. En effet la morbidité et la mortalité fœtales et maternelles d'après tous les auteurs classiques se traduisent par un pourcentage élevé :

Morbidité maternelle		30 %
Mortalité maternelle		10 %

Morbidité fœtale 30 %

Mortalité fœtale 20 %

Ces chiffres très forts sont dus à trois causes essentielles :

- 1° Rupture prématurée des membranes;
- 2° Rupture utérine primitive ou rupture utérine secondaire à la version;
- 3° Infection ovulaire.

Si nous abordons le premier point, nous savons que lorsque la poche des eaux est rompue depuis longtemps, on se trouve presque toujours en présence d'un engagement assez profond de l'épaule et de la partie correspondante du tronc. La rétraction de l'utérus sur le fœtus, jointe à la rareté du liquide amniotique, empêche l'introduction de la main rendant toute tentative de version impossible. S'il ne se produit pas une version ou une évolution spontanée, l'accouchement ne peut se faire et l'enfant succombe asphyxié en raison de troubles graves qui se produisent dans la circulation utéro-placentaire. Une intervention d'urgence est alors nécessaire — embryotomie si l'enfant est mort, césarienne si l'enfant est vivant — sans cela la vie de la mère se trouve en danger.

Si nous abordons maintenant le deuxième point, nous voyons que toute présentation de l'épaule abandonnée à elle-même pendant le travail peut entraîner des complications graves :

1° *Inertie utérine*, d'où arrêt du travail et mort de l'enfant par asphyxie (compression du cordon);

2° *Tétanisation utérine*. Les contractions utérines augmentent d'intensité et de fréquence pour faire place à des contractions permanentes ayant pour conséquence une gêne dans la circulation placentaire, d'où asphyxie du fœtus;

3) *Rupture utérine primitive* ou *accidentelle*, qui est la partie la plus rare de l'accident, résultant pour l'effet des contractions utérines fortes, répétées et permanentes.

De plus, souvent et l'on a pu constater des lésions hémorragiques du col suite à une installation ou version anormale de l'utérus par suite d'un, ou plus, de ces accidents.

4) *Lésions utérines secondaires*. Les effets, lorsque l'enfant est mort — l'utérus rétréci, l'enfant est toujours mort — les membranes rompues, l'utérus étroitement rétréci sur le fœtus une telle intervention doit être pratiquée l'embryotomie.

Enfin, dans un troisième point, nous dirons quelques mots de l'indication relative à l'ouverture prématurée de l'œuf expose l'enfant à l'infestation / au bout de quelques temps, celle-ci dépasse la limite anormale et amène les parois utérines mêmes, déterminant de l'empyème utérin, l'infestation fœtale par toucher le fœtus provoquant de l'oppression, des accès multiples, des infections digestives et respiratoires auxquelles le fœtus ne peut résister le plus souvent.

Ainsi d'après les faits que nous avons mis en évidence nous avons pu constater que la morbidité et la mortalité maternelles sont assez élevées (30 % morbidité, 10 % mortalité).

La mère peut succomber en quelques heures, soit à la rupture utérine, à un choc nerveux ou à une hémorragie précoce, soit dans les jours qui suivent, à une hémorragie tardive, à une infection précoce (péritonite) occasionnée par la longueur du travail et par les manœuvres utérines, ou à une infection tardive.

Si la morbidité et la mortalité maternelles sont fortes, nous avons pu nous rendre compte que la morbidité et la mortalité fœtales sont encore plus élevées (morbidité 30 %, mortalité 20 %). Le fœtus peut succomber à l'asphyxie (compression du cordon) ou à la suite de traumatismes intra-utérins. S'il atteint le sixième mois, il est non viable; s'il est aux environs du huitième mois, il a des chances de survie minimales; de plus, si l'utérus est rétracté, la version est impossible, il meurt par suite de l'embryotomie nécessaire. Enfin, il est guetté par l'infection amniotique qui est généralement mortelle.

Si maintenant nous jetons un regard sur les statistiques que nous avons recueillies ces dernières années (1922-1931) dans le service de M. le Docteur Devraigne à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière, nous nous apercevons que sur 30.145 accouchements faits tant dans le service, que chez les

sages-femmes agréées, il y a eu 50 présentations de l'épaule, dont 9 terminés par embryotomie.

Il nous reste donc à démontrer, en mettant en parallèle ces derniers chiffres et ceux cités plus haut, que les présentations de l'épaule ont diminué et diminuent de fréquence et que bientôt elles seront rarissimes, à l'exception toutefois des présentations de l'épaule irréductibles, c'est-à-dire dues à une malformation utérine, à une brièveté naturelle ou accidentelle du cordon ou à quelque tumeur proevia.

Pour que nos explications soient plus clairement comprises, nous dresserons des tableaux synoptiques qui nous permettront d'établir plus facilement ce parallèle :

Lariboisière (1922-1931)

Année 1922 : 3.158 accouchements ; épaules : 7.

Année 1923 : 3.026 accouchements ; épaules : 3.

Année 1924 : 2.552 accouchements
(janvier à juillet 30) ; épaules : 7.

Année 1925 : 3.650 accouchements ; épaules : 5.

Année 1926 : 3.820 accouchements ; épaules : 6.

Année 1927 : 3.815 accouchements ; épaules : 11.

Année 1928 : 3.779 accouchements ; épaules : 7.

Année 1929 : 3.130 accouchements ; épaules : 5.

Année 1930 : 2.621 accouchements ; épaules : 7.

Année 1931 : jusqu'à mars, 467 ac. ; épaules : 1.

Sur un total de 30.145 accouchements, nous trouvons donc 59 présentations de l'épaule. Moyenne générale 1/510.

Baudelocque (1920-1928)

- Année 1920* : 2.262 accouchements;
épaules : 12 (10 simples et 2 gémellaires).
- Année 1921* : 3.362 accouchements;
épaules : 5 (3 simples et 2 gémellaires)
- Année 1922* : 2.704 accouchements;
épaules : 10 (5 simples et 5 gémellaires).
- Année 1923* : 2.554 accouchements;
épaules : 9 (6 simples et 3 gémellaires).
- Année 1924* : 2.751 accouchements;
épaules : 4.
- Année 1925* : 3.008 accouchements;
épaules : 9.
- Année 1926* : 3.188 accouchements;
épaules : 8 (6 simples et 2 gémellaires).
- Année 1927* : 3.291 accouchements;
épaules : 11.
- Année 1928* : 3.057 accouchements;
épaules : 10.

Sur un total de 23.915 accouchements, nous trouvons donc 66 présentations de l'épaule. Moyenne générale 1/362.

Clinique Tarnier (1923-1926)

Sur 9.000 accouchements, 54 présentations de l'épaule.
Moyenne générale 1/166.

Si nous comparons ces chiffres à ceux des anciens auteurs — moyenne 1/183 — nous voyons qu'il s'est produit une diminution considérable des présentations de l'épaule. Cependant, nous tenons à faire remarquer que nous n'avons retenu comme présentations de l'épaule dans les statistiques de Lariboisière que celles dans lesquelles l'épaule était fortement engagée au début du travail, éliminant par conséquent les évolutions spontanées (foetus petit, prématuré, mort et macéré).

Par contre, si nous adoptons la moyenne classique de 1/120, cette diminution semble encore plus marquée et apparaît même dans les statistiques de la Clinique Tarnier.

Nous pouvons donc affirmer sans crainte de nous tromper que l'on constate de nos jours une diminution, non pas excessive, mais assez forte, des présentations de l'épaule et qu'actuellement on n'observe pour ainsi dire que des présentations de l'épaule irréductibles, c'est-à-dire dues à une malformation utérine à quelque tumeur proëvia ou à une brièveté naturelle ou accidentelle du cordon.

En nous reportant aux statistiques actuelles, il nous reste maintenant à étudier comment évoluent aujourd'hui les présentations de l'épaule ? Nous sommes obligés de recon-

naître que leur évolution est favorable. En effet, actuellement, le degré d'instruction et l'habileté des praticiens sont plus grands qu'auparavant. A l'aide du palper, de la percussion et du toucher, le diagnostic de présentation est posé d'une façon plus précoce (6^e, 7^e mois) et avec plus de sûreté, ce qui permet de diagnostiquer non seulement la variété de présentation, mais encore de dépister les tumeurs proevia, les kystes de l'ovaire. De plus, le toucher nous renseigne sur la conformation du bassin de la parturiente de sorte que les rétrécissements du bassin ne passent plus inaperçus. Le port de ceintures abdominales souples, élastiques, et la plupart du temps efficaces, assure une meilleure prophylaxie pendant la grossesse. A la Maternité Lariboisière, leur emploi est de plus en plus largement préconisé. Les versions par manœuvres externes sont tentées dans une grande majorité de cas avec succès, surtout si l'on se trouve en présence d'une multipare à utérus flasque avec paroi abdominale lâche.

Au moment du travail, les versions par manœuvres internes sont pratiquées dans une proportion assez considérable. Ainsi à Lariboisière sur 59 présentations de l'épaule, on a fait 37 versions, dont 32 par manœuvres internes, 2 par manœuvres mixtes et 3 versions séparées. La version a donc été réussie dans 62,7 % des cas, et irréalisable dans 37,3 % de cas. Donc, grâce à ces trois moyens prophylactiques, l'évolution est favorable. Cependant, quelquefois, des accidents

peuvent survenir, soit pendant la gestation, soit pendant le travail, et modifier l'évolution dans un sens moins favorable.

La version par manœuvres externes peut être impossible par suite d'oligoamnios, de tumeurs proevia, de kystes de l'ovaire. Parfois, il y a hydroamnios, le maintien de la nouvelle position est difficile et l'accommodation n'a aucune tendance à se faire.

Quelquefois un avortement peut se produire ou une rupture prématurée des membranes entraîner une infection ovarienne.

Souvent, l'utérus étant cordiforme, la version céphalique est impossible, on est obligé de transformer en siège, présentation moins favorable au moment du travail que la présentation du sommet.

De même, pendant le travail des complications peuvent survenir : rupture utérine immédiate ou secondaire à une tentative de version — hémorragie précoce ou shock nerveux — hémorragie tardive — infection précoce (péritonite) due à la lenteur du travail et aux manœuvres utérines — infection tardive occasionnant la mort de la mère. Cette mortalité maternelle semble être actuellement moins forte. En effet, dans nos statistiques à la Maternité de Lariboisière, 1922-1931, nous ne relevons que le décès de trois femmes : une, chez laquelle on est intervenu par embryotomie rachidienne, la version par manœuvres internes n'ayant pas

réussi, est décédée quelques jours après d'œdème généralisé. Une seconde, chez laquelle, après une tentative infructueuse d'embryotomie, une césarienne, suivie d'hystérectomie et de la pose d'un mikulicz, avait été pratiquée, est décédée cinq jours plus tard d'une infection. Une troisième, après tentative d'abaissement d'un pied, a présenté une rupture utérine complète s'étendant de la face antérieure de l'utérus au côté droit, et malgré une embryotomie céphalique suivie d'hystérectomie est décédée. Nous n'omettons pas d'ajouter qu'une quatrième femme, après embryotomie rachidienne, a été atteinte d'une infection puerpérale hémorragique ayant nécessité une hystérectomie, opération à laquelle la femme a survécu.

Sur le nombre total des présentations de l'épaule, nous obtenons donc à l'hôpital Lariboisière (1922-1931), une mortalité maternelle de 5 % environ, pourcentage qui paraît plus faible que celui admis classiquement (10 %) à Baudelocque (1920-1928), pourcentage de 1,28 % (1 femme sur 78). Or, si nous avons trouvé une mortalité maternelle faible, par contre notre mortalité fœtale est très élevée.

Dans les présentations de l'épaule, le fœtus se trouve très exposé; il peut succomber soit à l'asphyxie (compression du cordon), soit aux traumatismes (versions). Si l'utérus est rétracté, la version impossible, le fœtus est fatalement sacrifié, car l'embryotomie est nécessaire pour essayer de sauver la mère. D'un autre côté, la rupture prématurée

des membranes est dangereuse pour lui, car l'infection ovulaire tend à se développer. Si c'est un prématuré au terme de six mois, il ne peut vivre, s'il a huit mois, sa survie est problématique.

En effet, si nous regardons parmi les cas que nous avons relevés, nous constatons que :

a) Dix fœtus ont été sacrifiés par embryotomie rachidienne ou céphalique ;

b) Par suite d'asphyxie ou de traumatismes au cours de versions faites (M I, Mixte, Séparée), 19 enfants sont nés morts ou n'ont pu être ranimés. Parmi ceux-ci 11 étaient prématurés et 8 à terme.

Nous obtenons donc un total de 29 enfants morts sur présentations de l'épaule. Le pourcentage de 49 % de la mortalité fœtale est donc élevé, il est supérieur de 29 % à la mortalité fœtale admise par les auteurs classiques (20 %). Par contre à Baudelocque sur un total de 27 enfants morts, pourcentage de mortalité 40 %.

Nous pouvons donc dire qu'à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière, la mortalité maternelle dans les présentations de l'épaule est extrêmement faible par rapport à la mortalité fœtale qui est très élevée.

Après avoir exposé en comparant les statistiques actuelles aux statistiques anciennes que les présentations de l'épaule ont diminué de fréquence et que leur évolution est aujourd'hui favorable, il nous reste à démontrer à quoi cela

est dû. Nous avons relevé deux causes primordiales que nous allons étudier tour à tour.

La première tient au développement des consultations maternelles ou prénatales. Celles-ci, créées sous l'impulsion de maîtres éminents, compétents et dévoués parmi lesquels nous devons citer les noms de M. le Professeur Couvelaire et de M. le Docteur Devraigne, deviennent de plus en plus nombreuses. Les services qu'elles rendent sont multiples. Tout d'abord, elles permettent de surveiller le développement de l'œuf et de préparer l'accouchement dans les meilleures conditions et pour la sécurité de la mère et pour celle de l'enfant grâce aux examens répétés auxquels sont soumises les femmes tous les mois ou tous les deux mois. Ensuite de corriger les présentations vicieuses et de prévenir toute dystocie en instituant un traitement prophylactique qui, comme nous le verrons plus loin, nous permet de voir actuellement moins d'épaules négligées et moins de complications graves. D'un autre côté, dès le soupçon de gestation, un examen, pratiqué le plus précocement possible, fournit l'occasion de bien explorer le col utérin qui se trouve augmenté de volume, déformé et ramolli, de dépister la greffe fréquente de l'œuf dans une corne utérine pour différencier ainsi la grossesse angulaire de la grossesse extra-utérine qui la simule souvent par la présence de symptômes identiques, de diagnostiquer de bonne heure la rétroversion de l'utérus gravide et de faciliter son redressement par des moyens ap-

propriétés dont nous parlerons dans le chapitre suivant et de ne pas la confondre avec un fibrome postérieur non existant.

Dans un autre ordre d'idée, si une femme présente un bassin un peu juste qui peut faire redouter des complications ultérieures, l'épreuve du travail, permettant de juger le bassin et d'intervenir dans les conditions les plus favorables possibles et au moment choisi pour sauvegarder l'enfant et exposer la mère au minimum de risques, pourra être instituée.

Enfin, toutes les femmes sont soumises à un examen complet. Tous les appareils sont examinés, les antécédents héréditaires, physiologiques, pathologiques et chez les multipares les antécédents obstétricaux sont recherchés, ce qui facilite l'étude du terrain et de l'organisme aux dépens duquel le fœtus se développe.

Pour toutes ces raisons et grâce aux nombreuses consultations maternelles où tout est contrôlé avec minutie, les femmes enceintes se prêtent maintenant plus volontiers au cours de la gestation à des examens successifs pratiqués à intervalles réguliers. En effet, le public, contrairement aux vieilles habitudes basées sur des préjugés, comprend mieux actuellement l'importance essentielle de la gestation et de la maternité, la preuve en est dans le nombre croissant sans cesse de femmes qui consultent.

De même en ville les médecins et les sages-femmes

voient croître le nombre de femmes enceintes qui viennent consulter — les praticiens sont donc en mesure d'obvier plus facilement aux différentes complications qui peuvent se présenter. Cependant, nous tenons à faire remarquer qu'il existe encore trop de femmes négligentes. Ainsi, si nous considérons dans les statistiques recueillies de 1922 à 1931 à la Maternité de Lariboisière la quantité de femmes ayant eu une présentation de l'épaule qui ont été suivies, nous trouvons que sur 59 présentations, 20 femmes ont consulté régulièrement dans le service, 11 autres ont consulté en ville un médecin ou une sage-femme, 9 n'ont pas consulté et pour les 19 autres les statistiques ne le mentionnent pas. Notre pourcentage de femmes non surveillées atteint donc le chiffre de 18 %, et si nous prenons le nombre total des accouchements y compris les épaules, nous trouvons sur 100 femmes enceintes 15 non consultantes. Toutefois, dans ce chiffre, il faut faire une large part aux femmes étrangères (42 %). Ce nombre trop élevé est encore plus grand dans les campagnes où le médecin, appelé au moment du travail, se trouve fréquemment devant une présentation de l'épaule négligée, avec poche des eaux rompue depuis plusieurs jours, utérus rétracté, alors que le moment favorable pour la version podalique est passé. Dans ce cas, les conditions pour l'intervention sont mauvaises, le pronostic est alors grave, car il en résulte presque toujours la mort du fœtus et un danger très sérieux pour la mère.

Nous ajouterons que pour lutter contre l'ignorance et l'apathie du public, notre Maître, M. le Docteur Devraigne a institué pour les jeunes filles et les fillettes des villes et des campagnes des cours de puériculture avec projections.

La deuxième cause réside essentiellement dans les progrès qui ont été réalisés dans la thérapeutique de ces présentations. Nous diviserons donc le chapitre suivant en deux parties bien distinctes :

1. Traitement prophylactique pendant la grossesse ;
2. Traitement thérapeutique pendant le travail.

Pendant la grossesse, le traitement des présentations de l'épaule consiste essentiellement en un traitement prophylactique. Le port de la ceinture eutocique, préconisé et abandonné parce que considéré comme un moyen trop simple et peu efficace, a été remis en vigueur par M. le Professeur Pinard. Deux sortes de ceintures sont utilisées : la ceinture eutocique de M. le Professeur Pinard et une ceinture composée d'une bande en tissu résistant, en toile de préférence, suffisamment large pour contenir l'abdomen depuis le pubis jusqu'à la région sus-ombilicale. Cette ceinture doit être posée la femme couchée rigoureusement à plat, les membres inférieurs pliés à angle droit. Il faut la fixer d'une façon parallèle avec des épingles et interposer entre l'abdomen et la ceinture des pelotes de coton ; de plus, il est indispensable d'éviter son déplacement dans le sens vertical et en largeur en la maintenant à l'aide de sous-cuisses et en la resserrant

chaque matin. Ainsi comprise, elle constituera un moyen prophylactique très important pour normaliser une grossesse anormale. En effet, son rôle prophylactique résidera, soit dans la correction d'une mauvaise direction du globe utérin surtout dans le cas d'antéversion ou de latéroversion de l'utérus gravide, exception faite d'une rétroversion ou d'une rétroflexion qui seront réduites par des méthodes appropriées, soit dans le cas d'excès de liquide pouvant faire prendre une position vicieuse au fœtus dans la réduction de cette position vicieuse et dans son maintien ultérieur une fois la réduction obtenue. Dans ce cas, il faudra combiner la version par manœuvres externes avec la ceinture à pelotes — celle-ci sera susceptible de verticaliser presque toujours le fœtus et d'éviter un début de travail sur un fœtus oblique — ce qui généralement entraîne des manœuvres compliquées pour la mère et l'enfant. Parmi ces manœuvres à redouter, que le port de la ceinture peut éviter, il en est une employée d'une façon courante : la version podalique, véritable complication, nous dirons même très grave, car elle met la femme en moins bonnes conditions de résistance et devient souvent périlleuse par le fait de l'heure où il est possible de la pratiquer.

La ceinture est donc très utile, comme nous le voyons, pour l'avenir obstétrical des grossesses en cours, mais cependant certaines précautions devront être observées pour que l'appareil donne de bons résultats. D'abord, il faut que la réduction, grâce à une compression régulière et continue au

lieu d'une pression brutale, violente et transitoire, s'exerce de façon à fatiguer progressivement les muscles de l'abdomen et à donner à l'utérus et à son contenu une nouvelle position, position favorable à la grossesse et à l'accouchement. Ensuite si l'on a reconnu de bonne heure l'anomalie à laquelle on veut appliquer ce traitement, le port précoce et continu de la ceinture donnera un meilleur résultat. A l'Hôpital Lariboisière (Maternité), cette technique est utilisée d'une façon courante comme le montre un grand nombre d'observations relatives à son application (1)) avec une très grande efficacité dans la majorité des cas.

Pendant le travail, trois traitements thérapeutiques pourront être employés :

- 1° La ceinture ;
- 2° Les traitements obstétricaux ;
- 3° Les traitements chirurgicaux.

parmi lesquels il importera de faire un choix judicieux. Ce choix dépendra des événements qui pourront survenir, soit dès le début du travail, soit au cours du travail.

Le premier de ces traitements reposera sur une application de la ceinture qui, à côté du rôle prophylactique utile qu'elle remplit pendant la grossesse, joue encore, si elle est utilisée d'une façon insidieuse et raisonnée, un rôle thérapeutique important. En effet, la ceinture nous permettra au

(1) Docteur NAUDIÈRE. — *Thèse*, Paris, 1926.

début du travail, non seulement d'essayer de régulariser la présentation si celle-ci est mal engagée, mais encore de prévenir toute tendance qu'aurait la tête, mal appliquée par suite de la position oblique du fœtus dans la cavité utérine, à filer vers une des fosses iliaques. Elle obviara donc par son application correcte à des accidents obstétricaux graves : rupture utérine, rupture prématurée des membranes, infection amniotique, mort du fœtus, accidents qui sont en général la conséquence d'une présentation oblique ou transversale. Enfin, elle contribuera souvent à améliorer la marche d'un accouchement commencé dans des conditions défavorables.

Le second traitement sera basé sur l'emploi de moyens obstétricaux appropriés : embryotomie, version séparée ou versions, soit par manœuvres internes, soit par manœuvres mixtes. Ces moyens, qui étaient autrefois employés d'une manière classique et dont on use souvent encore aujourd'hui, ont tendance à être remplacés par des méthodes modernes (méthode de Delmas), dont les résultats semblent plus favorables et pour la mère et pour l'enfant.

Nous allons successivement passer en revue les moyens classiques. Nous parlerons d'abord de l'embryotomie. Celle-ci, qu'elle soit céphalique ou rachidienne, est une opération grave, car elle aboutit au sacrifice du fœtus et expose la mère à des traumatismes nombreux qui peuvent entraîner après eux des complications redoutables et le plus souvent mortelles. Aussi actuellement ne l'emploie-t-on plus que dans un

cas très déterminé, c'est-à-dire quand le fœtus est mort alors que les membranes sont rompues depuis longtemps et que l'utérus est fortement rétracté sur le fœtus; quelquefois même l'embryotomie peut être rendue difficile et on est obligé d'intervenir par section césarienne.

A la Maternité de Lariboisière, de 1922 à 1931, 9 embryotomies ont été tentées, elles ont toutes été pratiquées sur des fœtus morts. Des 9 femmes, 2 sont mortes, dont 1 de rupture utérine complète (hystérectomie); 1 a eu une infection puerpérale hémorragique, une hystérectomie a été faite et la femme est sortie en bon état; une a subi une embryotomie pénible par suite de la rétraction de l'anneau de Bandl; 5 n'ont pas eu de complications.

Nous publions ci-dessous trois observations typiques parmi les neuf :

OBSERVATION I.

Mme G..., primipare, âgée de 28 ans, entre à la salle, en juin 1922. Cette femme présente des contractions utérines violentes et assez rapprochées avec des membranes rompues depuis quelques jours; à l'auscultation, on ne perçoit pas de bruits du cœur. On tente une version par manœuvres internes, celle-ci échoue, on pratique alors une embryotomie rachidienne sur un enfant mort pesant 2.400 grammes. La femme est décédée le 14 juin à la suite d'œdème généralisé.

OBSERVATION II.

Mlle T..., tertipare, âgée de 30 ans, est entrée le 26 janvier 1928. A l'examen, on trouve un utérus à terme, l'auscultation est négative, au toucher on sent les membranes rompues (depuis 15 jours dit la femme) et un cordon procident. On intervient par embryotomie rachidienne, celle-ci est pénible, car il y a rétraction de l'anneau de Bandl. On extrait un fœtus du sexe masculin mort et macéré pesant 2.070 gr.

OBSERVATION III.

Mme Z..., secondipare, âgée de , entrée à la salle le 19 janvier 1930 avec des membranes rompues depuis dix-neuf jours. Au toucher, on sent le cordon procident, l'auscultation est nulle. On fait une tentative d'abaissement du pied qui échoue, on pratique alors une embryotomie céphalique sur un fœtus mort, l'anneau de Bandl est difficile à franchir, il se produit une rupture utérine complète s'étendant de la face antérieure de l'utérus au côté droit, on fait alors une hystérectomie et la femme succombe quelques heures après.

L'embryotomie, comme nous le voyons par les observations ci-dessus, est donc une opération qui, non seulement, aboutit au sacrifice du fœtus, mais encore, à cause des nombreux traumatismes qu'elle entraîne, donne une mortalité maternelle assez sensible (22 %), aussi est-elle de plus en plus abandonnée.

La version séparée et la version par manœuvres mixtes ne fournissent pas de meilleurs résultats. Sur quatre cas que nous avons recueillis :

2 fois l'enfant est mort au cours du travail ;

2 fois, l'accouchement s'est fait spontanément avec deux enfants morts ;

1 fois, la version a été rendue difficile par suite de contracture de l'utérus ;

1 fois, par suite du décollement prématuré du placenta, il y a eu hémorragie.

3 femmes ont eu des suites de couches normales.

Le pourcentage de mortalité fœtale a donc été de 100 %.

Cependant, à la décharge de ces versions, il faut dire que deux ont été pratiquées sur des enfants morts in utéro, 1 seule a été faite sur un enfant vivant de 2.020 grammes au terme de 7 mois $\frac{1}{2}$ qui, né en état de mort apparente, n'a pu être ranimé, et 1 autre sur un enfant prématuré non ranimé.

Si nous considérons maintenant les cas de présentations de l'épaule dans lesquels on a tenté la version par manœuvres internes, le résultat est tout aussi mauvais.

Tout d'abord avant de la tenter, elle réclame trois conditions essentielles :

1° Il faut se trouver en présence d'un utérus non tétanisé ou rétracté temporairement à un faible degré ;

2° Il faut une présentation dans laquelle il n'y ait pas d'engagement trop profond de la tête fœtale.

3° S'il se présente quelque difficulté, il faut surseoir à cette opération, car nous sommes en présence d'une présentation négligée, d'où danger de rupture utérine.

Malgré ces conditions remplies, cette opération peu grave pour la mère est grave pour l'enfant. Le Professeur Bar s'est exprimé ainsi à ce sujet : « En ce qui concerne la mère, la version peut être réputée une opération sans danger quand elle est faite dans des conditions voulues. La version faite au moment d'élection, chez une femme multipare, ayant un bassin normal ou, s'il est rétréci, assez large pour laisser passer le fœtus tête dernière sans traction violente, est une intervention bénigne qu'on peut assurer à l'avance pouvoir conduire à bien (1) ».

Ansi dans le service de M. le Docteur Devraigne à Lari-boisière, sur 59 présentations de l'épaule, 32 fois la version par manœuvres internes a été faite donc : 54 %, 1 fois sans succès, intervention embryotomie céphalique suivie d'hystérectomie.

Résultat des 32 *versions* en ce qui concerne les femmes :

2 cas de mort;

1 femme, rupture utérine partielle — guérison.

(1) BAR. — In pratique art des accouchements

1 femme, rupture utérine complète, embryotomie suivie d'hystérectomie subtotala — la femme est décédée.

2 femmes eurent des hémorragies avec infections.

Dans cinq cas, la poche des eaux était rompue à l'arrivée des femmes.

Trente femmes eurent des suites de couches normales : 93 %.

Résultat des 32 *versions* en ce qui concerne les enfants :

1 macéré;

15 morts pendant l'intervention 46 %

8 extraits vivants 25 %

9 ranimés 28 %

Parmi ces derniers, nous n'avons pu savoir le nombre de morts dans les quarante-huit heures et le nombre de ceux sortis en bon état.

Comme nous le voyons, la version est donc grave pour l'enfant. A quoi cela est-il dû ? Soit à des lésions ou des ruptures des viscères abdominaux, soit à des hémorragies profuses : médiastin-plèvre-péricarde, soit au laminage donnant une congestion intense de l'encéphale d'où hémorragie méningée ou cérébrale, soit si la congestion est moins intense; l'enfant naît en état de mort apparente.

De plus, il faut savoir que l'état de la mère au moment de l'intervention est un point capital « car le résultat sera

(1) LECONTE — *Thèse*, Paris, 1904.

d'autant meilleur que la parturiente se présentera dans des conditions d'asepsie suffisante » (1).

Un autre point important est l'état de l'utérus au moment de l'intervention : danger pour l'enfant de la rétraction de l'anneau de Bandl. Nous en avons relevé deux cas dans le service : dans un cas, l'enfant est né mort ; dans l'autre, l'enfant est né en état de mort apparente.

En résumé, sur 59 présentations de l'épaule, nous avons trouvé :

- 3 femmes mortes ;
- 5 femmes avec suites de couches pathologiques ;
- Sur ces 5 femmes

}	2 hémorragies de la délivrance ;
}	2 ruptures utérines.
}	1 infection puerpérale hémorragique ;
- Sur 59 enfants :

- 4 morts et macérés ;
- 22 morts pendant le travail 37 %
- 29 vivants 49 %

Sur ce dernier nombre : 12 durent être ranimés : 20 %.

D'après ce que nous venons de voir, la version par manœuvres internes, bénigne pour la femme, au point de vue mortalité, si elle est faite au moment d'élection, est dangereuse par contre pour l'enfant (mortalité 46 %). Car, c'est une opération brutale déterminant de la congestion des organes abdominaux, thoraciques et surtout des centres supérieurs

(1) Leconte. Thèse Paris 1904.

lement des fractures et des paralysies par les tractions exercées,

Avant de passer à l'étude des méthodes modernes, nous allons mettre sous les yeux quelques observations où la version a été pratiquée.

OBSERVATION I.

Mme P..., quartipare, âgée de 39 ans, est entrée à la salle, le 27 avril 1924. A 9 heures, rupture spontanée de la poche des eaux, on fait une version par manœuvres internes, suivie d'un abaissement du pied, on laisse l'accouchement se faire par les voies naturelles et la femme accouche le même jour à 15 h. 15 d'une fille à terme, mort-née pesant 3.170 grammes avec deux circulaires autour du cou.

OBSERVATION II.

Mme V..., secondipare, âgée de 26 ans, entre à la salle en janvier 1926. Une version par manœuvres internes est pratiquée, le dégagement de la tête est difficile par suite de la rétraction du col sur le cou. On extrait un enfant mort-né au terme de six mois pesant 1.300 grammes. Cette gestation n'a pas été suivie.

OBSERVATION III.

Mme M..., secondipare, âgée de 27 ans, entre à la salle à 22 heures, le 17 janvier 1927 avec une poche des eaux rom-

par le laminage de l'enfant qu'elle produit, déterminant égale. Le 18 janvier, à 11 heures, on tente une version par manœuvres internes, le Mauriceau étant difficile, on applique le forceps Tarnier sur la tête dernière et on extrait à 11 h. 30 un fœtus mort-né pesant 2.800 grammes.

OBSERVATION IV.

Mme G..., quartipare, âgée de 23 ans, est amenée dans le service en juin 1927, venant de ville. La poche des eaux s'étant rompue spontanément, par suite d'un excès de liquide on trouve un cordon procident animé de battements faibles. On pratique une version par manœuvres internes et on extrait un fœtus à terme pesant 3.530 grammes en état de syncope blanche, qu'on ne peut ranimer.

OBSERVATION V.

Mme S..., primipare, âgée de 30 ans, dont la gestation a été suivie à Lariboisière, entre à la salle le 5 juillet 1928, à 2 h. 15. On trouve à l'examen un utérus à terme et un gros excès de liquide, au toucher les membranes sont rompues et on sent la main droite et le cordon procidents, on pratique une version par manœuvres internes avec saisie des pieds et réduction des procidences — et on applique le forceps Tarnier sur la tête dernière. Extraction à 2 h. 45 d'un enfant mort-né pesant 2.680 grammes ; placenta lourd, 600 gr.

OBSERVATION VI.

Mme R..., quintipare, âgée de 40 ans, entre à la salle en décembre 1928. Une tentative de version par manœuvres internes par une sage-femme ayant échoué, on en pratique une à l'hôpital qui se fait facilement. On extrait un fœtus mort-né, à terme, pesant 3.620 grammes. Le placenta est expulsé par préhension manuelle, on sent un trou de deux doigts au niveau de la portion vaginale de la lèvre postérieure du col; le cul-de-sac postérieur semble intact.

OBSERVATION VII.

Mlle L..., primipare, âgée de 22 ans, dont la gestation a été suivie à Livry-Gargan et la présentation non diagnostiquée, entre à la salle le 30 juillet 1929, avec une poche des eaux rompue depuis 17 heures. Après refoulement de l'épaule postérieure, on tente, vers 18 heures, une version par manœuvres internes, une procidence du cordon se produit, ainsi qu'une dystocie des épaules; on pratique un Mauriceau sur la tête dernière, manœuvre très difficile, et on extrait à 18 h. 30 un enfant à terme, en état de mort apparente, qui n'a pu être ranimé, malgré tous les soins possibles.

OBSERVATION VIII.

Mme N..., quartipare, âgée de 40 ans, entre dans le service le 16 janvier, à 4 heures, avec une poche des eaux rom-

pue depuis peu : on pratique vers 17 heures une version par manœuvres internes, la progression de l'accouchement est arrêtée par suite d'une dystocie des épaules et on est obligé de faire une section de l'humérus gauche au tiers supérieur, puis on termine par la manœuvre de Champetier sur la tête dernière, on extrait à 17 h. 30 un enfant à terme mort-né, pesant 3.250 gr. Cette gestation n'a pas été suivie.

OBSERVATION IX.

Mme Y..., secondipare, âgée de 38 ans, entre dans le service le 13 septembre 1930, avec une poche des eaux rompue depuis le 12 septembre, à 8 heures. Un toucher pratiqué montre une procidence du cordon, par suite d'une modification des bruits du cœur, on intervient par une version par manœuvres internes et on extrait, le 13 septembre à 11 h. 30, un fœtus féminin à terme, mort-né, pesant 2.250 gr.

Si nous regardons donc les résultats obtenus avec les traitements obstétricaux classiques que nous venons d'énumérer, nous remarquons que si le fœtus est abandonné à lui-même, si l'on intervient par embryotomie ou par version par manœuvres internes, la moralié fœtale est proportionnellement très forte : 49 %, aussi dans ces dernières années les accoucheurs ont-ils tendance à abandonner les méthodes classiques en faveur de méthodes plus modernes, soit inter-

vention sanglante dont nous parlerons dans le chapitre suivant, soit méthode de Delmas.

Cette méthode, ou méthode de l'accouchement forcé, pratiquée autrefois et abandonnée à cause des dangers qu'elle présentait, a reparu avec les possibilités nouvelles que lui donne la rachianesthésie. Cette dernière, en supprimant toute douleur spontanée ou provoquée, et en déterminant un assouplissement statique de la partie passive cervico-vagino-vulvaire, facilite les manœuvres d'extraction et de dilatation. Par là elle permet à l'accoucheur d'intervenir au moment choisi ou à celui que lui imposent les circonstances et lui donne ainsi la possibilité d'obtenir en quelques minutes la dilatation d'un col de parturiente. De plus, en provoquant un assouplissement dynamique de la partie active, soit que le corps utérin soit contracturé sur une présentation vicieuse, soit que la poche des eaux soit rompue depuis longtemps, elle fournit la possibilité de tenter avec sécurité des versions qui sans cela seraient prohibées. Enfin elle détermine en dernier lieu une rétraction intense du muscle utérin. C'est en s'appuyant sur cette action de la rachianesthésie que M. le Professeur Delmas, de Montpellier, a remis en vigueur cette méthode, connue aujourd'hui sous la dénomination de Méthode de Delmas. Les avantages et les inconvénients de cette méthode sont multiples.

Parmi les avantages, trois sont essentiels :

Elle permet d'abord d'effectuer la dilatation du col et

l'extraction avec le maximum de sécurité dans le minimum de temps, en sauvegardant dans la meilleure mesure possible les intérêts de la mère et de l'enfant.

Elle laisse ensuite un utérus absolument intact qui se comporte bien ultérieurement, d'où possibilité de grossesses ultérieures sans danger.

Enfin l'extraction, étant ultra rapide et véritablement anodine, n'expose pas l'enfant aux inconvénients d'un travail prolongé ; ce qui est extrêmement important surtout si l'enfant est prématuré. L'opinion de M. le Professeur Delmas lui-même sur cette méthode est la suivante : « elle ne vise, dit-il, que la fin de la grossesse (évacuation extemporanée de l'utérus), elle ne doit d'autre part être tentée que si aucun obstacle anatomique, fibreux ou osseux, ne peut s'opposer à l'augmentation de l'orifice utérin et à l'extraction fœtale. »

Trois points primordiaux sont donc nécessaires pour se servir de cette méthode :

- 1° Pas de viciation du bassin ;
- 2° Pas de résistance des parties molles (femmes multipares) ;
- 3° Poche des eaux rompue depuis longtemps.

Mais comme garantie de succès, il insiste particulièrement sur la technique à employer qui doit être strictement suivie. En employant cette technique et les trois conditions

requisites étant remplies, 2 Delmas ont été pratiqués à Lariboisière, l'un en 1929, l'autre en 1930.

OBSERVATION I.

Mme X..., quintipare, âgée de 30 ans, entrée le 7 mai 1929 avec une présentation de l'épaule négligée, les membranes se rompent spontanément le 8 mai à 1 heure. A 5 heures, on fait après rachianesthésie une dilatation bimanuelle suivie d'une version par manœuvres internes et d'un Mauriceau pour extraction de la tête dernière et on extrait un enfant du sexe masculin à terme pesant 3.430 grammes, né en état de mort apparente que l'on peut ranimer après de nombreux soins. Par traction et expression, on extrait immédiatement le placenta pesant 500 grammes. Les suites de couches ont été normales. Cette gestation a été suivie en ville.

OBSERVATION II.

Mme Z... secondipare, âgée de 29 ans; antécédents obstétricaux : 1 accouchement après 56 heures de travail; entre à la salle le 16 novembre 1930, à 19 heures, quelques instants après, les membranes se rompent, le 17 novembre, à 4 h. 30 après rachi-anesthésie et dilatation bimanuelle, on pratique une version par manœuvres internes et un enfant vivant à terme du sexe féminin pesant 3.600 gr. est extrait. Cette gestation a été suivie à Lariboisière.

Comme nous le voyons, deux enfants vivants ont été obtenus sans décès d'aucune des mères. Le succès fœtal et maternel a donc été de 100 %. Si par suite, nous rapprochons ces résultats de ceux obtenus à Montpellier dans le service de M. le Professeur Delmas où tous les enfans extraits dans ces conditions (bruits du cœur perçus avant l'évacuation) l'ont été vivants sauf 4 que leur état de débilité congénitale n'a pas permis de ranimer (mortalité de 5,15 %), nous constatons que la mortalité fœtale est très faible.

Deux nouveaux cas fournis par M. le Professeur Delmas ont donné 100 % de succès maternel et fœtal.

D'un autre côté, si nous envisageons les méthodes classiques, les statistiques globales sont les suivantes :

Mortalité maternelle :

Boutkowsky	35,50 %
Burgess	16,67 %
Macpherson	12,1 %

Mortalité fœtale :

Boutkowsky	80 %
Burgess	42,3 %
Pierre Rucker	44 %
Stratz	64 %

En outre, si nous comparons les résultats d'après la ligne de conduite employée, les méthodes classiques donnent une mortalité fœtale effroyable que nous pouvons décomposer ainsi qu'il suit :

Emploi des ballons pour dilatation :

72 % mortalité fœtale d'après Henrotay ;

75 % mortalité fœtale, d'après Bucsan ;

19,3 % mortalité fœtale, d'après Heinlein.

Méthode de Bonnaire :

55 % mortalité fœtale, d'après Bonnaire.

Version de Braxton Hick : 80 % dans 57 cas, d'après Irving.

Dans ce cas, en général, l'enfant est sacrifié à la mère.

Césariennes : 17,82 % de mortalité fœtale, 6,11 % mortalité maternelle dans 403 observations, d'après Desoubry.

Si nous nous arrêtons aux résultats numériques, les avantages de l'évacuation extemporanée sont donc nettes.

Mais il y a encore d'autres avantages : l'intervention étant rapide, la spoliation sanguine est très faible — les préparatifs opératoires sont simples, l'assistance et le matériel sont réduits au minimum — cette intervention se faisant par voie basse est acceptée facilement de la parturiente et de son entourage, enfin l'utérus se trouve dans les mêmes conditions qu'après l'accouchement le plus normal.

Parmi les inconvénients de cette méthode, deux sont primordiaux :

L'accoucheur n'est jamais sûr de la résistance exacte des tissus sur lesquels l'effort s'opère : si la résistance est trop grande, il rencontre des inconvénients quant aux résultats qui peuvent ou qui doivent arriver ; en plus, il a à redou-

ter l'inertie utérine secondaire et brutale (M. le Docteur Le Lorier en a observé 8 cas).

Nous pouvons donc conclure en disant que cette méthode excellente à employer dans les conditions que nous avons énoncées, doit cependant rester une méthode d'exception applicable à un petit nombre de cas sélectionnés. C'est d'ailleurs l'avis de M. le Docteur Le Lorier qui s'exprime ainsi à son sujet : « Malgré les possibilités nouvelles que donne la rachianesthésie, ce n'est pas un accouchement normal. Il a contre lui l'anatomie et la physiologie du canal cervico-segmentaire ainsi que l'étude clinique de l'effacement et de la dilatation du col qu'il ne reproduit en aucune façon » (1).

En raison du peu de possibilité d'extension de cette méthode, les accoucheurs ont cherché à remplacer les anciennes et nouvelles méthodes obstétricales insuffisantes au point de vue des résultats tant maternels que fœtaux par une méthode moins traumatisante et applicable à la majorité des cas, ils se sont alors tournés vers les traitements chirurgicaux.

Jusqu'à ces dernières années parmi les traitements chirurgicaux, la césarienne haute, la césarienne classique était à l'honneur, mais cette césarienne, pratiquée au cours du travail, donnait une grosse moraliété surtout maternelle et dans les cas tardifs ou suspects d'infections se heurtait à des complications graves.

(1) *Semaine des Hôpitaux de Paris*, p. 95, 1930.

L'ouverture de la cavité utérine qui se trouvait dans un état plus ou moins septique devenait dangereuse et les touchers répétés, les membranes rompues depuis longtemps prédisposaient la femme à l'infection, car la femme en travail est très sensible à celle-ci. En outre, la situation de la plaie utérine favorisait l'infection et par là empêchait la régression utérine.

Dans ces conditions, deux complications étaient surtout à craindre :

1° L'infection primitive due au contact direct du péritoine et du liquide amniotique septique ;

2° L'infection secondaire due à la propagation des germes virulents au péritoine à travers la suture de la brèche utérine.

Le point le plus délicat était donc de savoir à quel moment il fallait intervenir. Certains préconisaient l'intervention dans les cas impurs, franchement infectés (Boquel), d'autres comme M. Le Lorier préconisaient la césarienne tardive, malgré la température élevée, d'autres encore, soit avant tout travail (Bar), soit après l'épreuve du travail (Pinard, Couvelaire). En un mot, le plus grand nombre la réservait aux cas purs c'est-à-dire non infectés « A la vieille césarienne ne conviennent que les cas purs » a dit Bar. Ce dernier a d'ailleurs posé les indications de la césarienne haute en ces termes : « La césarienne ne peut être indiquée qu'au début du travail, alors que la poche des eaux est encore in-

tacte ou rompue depuis peu, la température et le pouls étant restés normaux ». Cette opinion est partagée aussi par MM. Brindeau, Doléris et Couvelaire.

Quatre césariennes hautes, dont nous publions les observations ci-dessous, ont été pratiquées dans le service de M. Devraigne, de 1922 à 1931.

OBSERVATION I.

Césarienne corporéale.

B. R..., 38 ans, primipare, entrée le 16 Mai, sortie le 27 mai 1925. Césarienne pour tumeur proevia (fibrome). Laparotomie habituelle sous-anesthésie au chloro, un peu de sérosité transude dès qu'on ouvre le péritoine. En sortant l'utérus, on amène sur son bord gauche une grosse masse du volume d'une orange sessile avec une base de 3 cm. que l'on contourne, et adhérente d'autre part sous le ligament rond. Incision médiane dans le fond de l'utérus. On tombe sur le placenta en avant, on essaie de décoller l'œuf entier suivant le procédé de Fournier, les trois quarts sont libérés quand il s'ouvre. Extraction d'un enfant du sexe masculin, à peine étonné, pesant 2.860 grammes. Délivrance facile quant au placenta, mais le pôle inférieur de l'œuf était assez adhérent malgré le début de travail. Iodage de la cavité utérine, suture, surjet musculo-muqueux, points séparés musculo-séreux, ablation du fibrome implanté en bas, en avant et à gauche, on libère difficilement la grosse masse pelvienne proevia

qui est un énorme fibrome sessile de la face postérieure du segment inférieur (du volume d'un gros point d'adulte). Etant donné son implantation et son volume, on renonce à faire son extirpation pour ne pas être entraîné en cours de route à faire une hystérectomie chez cette primipare âgée tenant à avoir des enfants. Suture habituelle de la paroi.

Devraigne.

De Pirette (aide).

OBSERVATION II.

Manque — signalé femme décédée — enfant aussi.

OBSERVATION III.

Devraigne. — Rappor Jehel (chloro).

O. L..., secondipare, 41 ans (Opérée le 14 février 1928).

Césarienne corporéale sans exérionisation de l'utérus pour présentation de l'épaule.

Membranes rompues — femme très grosse. Présentation épaule gauche dorso-antérieure, tête corne droite, membranes rompues à 11 h. du matin. Un seul toucher en ville et discret de M. Devraigne — pas de précidences — bruits du cœur : bons. On part pour un césarienne basse. Laparotomie sous-ombilicale, la valve pubienne mise, on n'a pas facilement le fond du cul-de-sac vésico-utérin du fait de l'absence de segment inférieur par la présentation transversale, sans exérionisation de l'utérus. On fait après bonne protec-

tion par trois champs intra-abdominaux l'incision utérine dans la moitié supérieure de la brèche abdominale. Paroi utérine très épaisse, on tombe sur le pied droit, puis le pied gauche et on dégage facilement le fœtus du sexe masculin qui crie tout de suite. Les deux lèvres utérines sont prises dans deux pinces de Museux. Délivrance facile, placenta en arrière, pas d'iodage de la cavité utérine, suture soignée de cette paroi en deux plans au catgut, plan profond, surjet, abaissement du grand épiploon sur la face utérine. Suture habituelle de la paroi abdominale. Décédée le 25 février.

OBSERVATION IV.

Césarienne haute. Priollet, Meyer.

M. L..., 26 ans, troisième gestation, 6 février 1930.

Césarienne haute pour présentation transversale. Ligature et section des trompes.

Femme entrée dans le service pour présentation transversale, verticalisation non maintenue, une césarienne antérieure en 1924. 9 h. 30, rupture spontanée des membranes. 11 h. 30, intervention. Anesthésie générale au chloro. Incision médiane sous-ombilicale; on libère quelques adhérences épiploïques et on se rend compte qu'il est impossible de pratiquer une césarienne basse, le segment inférieur n'étant pas formé; on prolonge l'incision pariétale — césarienne haute — on traverse le placenta et on extrait un garçon en état de mort apparente pesant 3.980 grammes vite ranimé.

Délivrance immédiate : 680 grammes. Badigeonnage iodé de la cavité utérine. Suture de l'utérus en deux plans de catgut, points séparés, ligature et section des trompes. Après vérification de l'hématose, fermeture de la paroi en trois plans sans drainage. Une grande compresse a été introduite dans l'utérus et son extrémité ressort par la cavité péritonéale.

Ainsi sur quatre femmes, une est morte après l'opération, sur les quatre enfants un est mort. Les mortalités maternelle et fœtale ont donc été de 25 %.

Comme nous l'avons vu, les indications de la césarienne haute se posent :

1° Au début du travail quand les membranes sont intactes ou rompues depuis peu ;

2° Quand il n'y a pas d'infection.

Elle doit donc être écartée si les membranes sont rompues depuis longtemps, si l'infection est nette ou supposée telle. Aussi a-t-on cherché un autre mode d'intervention : « Ce n'est pas dans le perfectionnement de la technique qu'il faut chercher l'amélioration du pronostic des cas, mais dans un autre mode d'intervention », a dit M. le Professeur Couvelaire. Se basant sur l'opinion de Bar qui déclarait « la plus petite faute contre l'antisepsie devient une cause de mort », les accoucheurs ont cherché à éviter la grande cavité péritonéale.

En 1924, MM. Shickelé et Brindeau introduisirent en

France la césarienne basse ou supra symphisaire. Cette intervention sous-péritonéale, pratiquée sur un utérus avec un col déjà largement ouvert, constitue une excellente voie de drainage et expose moins la femme au danger d'une infection locale ou générale. De plus, elle permet :

1° D'intervenir d'une façon plus tardive, le travail étant déjà commencé et même largement, et d'exécuter ainsi la césarienne à n'importe quel moment du travail ;

2° D'extraire un enfant vivant aux moindres risques pour la malade.

Au début, ce procédé par voie extra ou sous-péritonéale était le plus employé, mais les résultats obtenus étaient très mauvais. Ce procédé long et difficile présentait les inconvénients suivants :

1° Des déchirures du péritoine au cours du décollement ou au moment de l'extraction de l'enfant ;

2° Des blessures de l'uretère et de la vessie ;

3° De graves complications post-opératoires, soit péritonite généralisée quand il existait une fissure péritonéale, soit abcès pelvien.

Aussi cette voie a-t-elle été rejetée « parce que l'expérience et les statistiques ont tranché le débat ».

La voie transpéritonéale lui a été préférée.

La césarienne basse transpéritonéale a donc surplante la césarienne corporéale classique qui, excellente au point de vue de la mortalité maternelle (2 à 3 %) dans les cas purs,

c'est-à-dire à la fin de la grossesse ou au début du travail, est moins recommandable dans les cas impurs, c'est-à-dire quand les femmes sont en travail depuis un certain temps, la température étant légèrement élevée avant l'opération et les membranes rompues. La mortalité maternelle s'élève alors jusqu'à 10-12 %, et même pour certains auteurs jusqu'à 27-30 %.

Elle présente d'ailleurs sur celle-ci des avantages multiples :

1° L'emploi judicieux des dispositions anatomiques permet de lutter efficacement contre l'infection du péritoine.

2° La femme est moins shockée à la suite de cette intervention.

3° L'utérus n'étant pas exériorisé, aucune traction ne s'exerce sur les mésos et les anses intestinales ne sont pas découvertes.

4° La péritonisation est facile.

5° L'infection secondaire est moins fréquente car le péritoine pelvien se défend mieux, et si celle-ci se déclare, il est possible de lutter efficacement contre elle.

6° La cicatrice est meilleure.

Malgré ces multiples avantages, cette césarienne comporte cependant quelques inconvénients :

1° Opération plus longue que la césarienne classique ;

2° Gêne considérable au moment de l'intervention, car la zone opératoire est masquée par les champs ;

3° Infection péritonéale plus à craindre que dans la césarienne Portes, car isolement moins parfait de l'utérus;

4° Possibilités de blesser l'enfant au moment de l'incision, car le segment inférieur se trouve distendu par suite du travail commencé depuis longtemps chez la femme;

5° Section opératoire cachée par l'hémorragie qui est plus difficile à arrêter que dans la césarienne classique;

6° Difficultés nombreuses au moment de l'extraction du fœtus qui nécessitent souvent le recours au forceps de Pajot.

Toutefois, les résultats qu'elle donne quant à la mortalité fœtale et maternelle semblent bons.

Sur deux césariennes basses pratiquées de 1922 à 1931, à la Maternité de Lariboisière, la mortalité fœtale et maternelle est nulle : 2 enfants et 2 mères vivantes. Le succès a donc été de 100 %. Pour confirmer ces résultats, nous allons donner connaissance de deux observations que nous avons relevées à ce sujet.

OBSERVATION I.

Césarienne basse.

F. A..., primipare, 41 ans, entrée le 25 février 1927, à 18 h., opérée le 25 Février 1927, à 22 h. 20, sortie le 15 Mars 1927.

Césarienne basse pour présentation de l'épaule. Mem-

branes rompues à 17 h. 20 avant l'intervention, promontoire accessible à 10 cm. 8.

Opérateur : Seguy ; Aide : Bori ; Laënnec ; choroforme.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Décollement : vessie et du cul-de-sac vésico-utérin. Décollement du péritoine sur la face antérieure du segment inférieur. Extraction d'une fille criant avec désobstruction des voies aériennes, pesant 2.600 grammes. Délivrance pesant 370 grammes, une piqûre ergotine, réfection de la paroi utérine en deux plans au catgut (profond, points séparés, superficiel, surjet). Péritonisation en deux plans : plan profond ramenant la vessie sur la cicatrice, plan superficiel ramenant les bords latéraux du péritoine du segment inférieur sur la vessie.

Surjet péritonéal : points séparés musculo-aponévrotiques ; crins profonds ; 3 crins superficiels ; agrafes.

OBSERVATION II.

Césarienne basse rétro-vésicale pour placenta proevia (plusieurs hémorragies assez abondantes).

Laënnec : rachianesthésie.

J. Y..., secondipare, entrée le 5 avril 1927.

Césarienne suivant le procédé habituel. Segment inférieur mal formé. Présentation de l'épaule. Extraction du fœtus par un pied. Mauriceau difficile. Placenta de variété centro-partielle. Réfection de la paroi utérine en deux plans. Péritonisation suivant le procédé habituel. Paroi en trois

plans. Pas d'incidents. Poids de l'enfant : 3.250 grammes.
Placenta : 520 grammes.

La césarienne basse devra être réservée aux cas où l'infection est latente, légère, c'est-à-dire qu'elle devra être latente, légère, c'est-à-dire qu'elle devra être pratiquée quand les membranes sont rompues depuis peu et que la femme ne donne pas de signe net d'infection.

Il reste donc les cas où l'infection est nette ou supposée telle. A quelle mode d'intervention devons-nous alors avoir recours ? On a préconisé dans ce cas la césarienne de Portes ou la césarienne basse.

M. Brindeau est partisan de la césarienne basse et même préfère à son défaut l'hystérectomie. Il exprime son avis en ces termes : « La césarienne basse semble donner actuellement d'excellents résultats et M. Shickelé me disait dernièrement encore qu'il opérât même les cas les plus septiques par la césarienne basse et que sa mortalité ne dépassait pas celle de la césarienne classique pratiquée dans les cas purs. Si l'on fait suivre la césarienne basse d'un Mikulicz à la Jean-Louis Faure, on pourrait peut-être améliorer encore la statistique des cas impurs La seule malade que j'ai vue opérer suivant la technique de M. Portes a manqué de mourir deux fois : une première fois après la césarienne, une seconde fois au moment de la réintégration de

l'utérus. Dans les seuls cas où elle me paraît indiquée, je lui préfère l'hystérectomie » (1).

Par contre, M. le Professeur Couvelaire préfère la césarienne de Portes à la césarienne basse, lorsque l'infection est très prononcée. « Or, lorsque le contenu utérin est infecté, dit-il, je crois que l'opération de Portes est plus sûre que l'opération césarienne basse, parce qu'elle permet d'une façon absolument certaine d'opérer sans aucun risque de contamination de la cavité péritonéale et qu'elle est presque aussi sûre que l'hystérectomie parce qu'elle permet de réaliser très simplement l'exérèse secondaire de l'utérus si elle devient nécessaire ».

Les avis, comme nous le voyons, sont donc partagés. Autrefois alors qu'il n'y avait ni la césarienne basse, ni la césarienne de Portes, on pratiquait la césarienne mutilatrice suivie d'hystérectomie, mais le résultat n'était pas très favorable. M. le Docteur Portes cherchant à améliorer le pronostic quant à la mortalité maternelle et fœtale employa pour la première fois un procédé nouveau : la césarienne avec extériorisation temporaire de l'utérus. M. Portes s'exprimait lui-même ainsi : « Dans les cas de dystocie d'origine pelvienne, la césarienne conservatrice pratiquée dès le début du travail, reste évidemment l'intervention de choix, la césarienne suivie de..... ne trouve que des indications d'exception. Dans

(1) *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, février 1925.

les dystocies pour présentations vicieuses de l'enfant, telle que... présentations de l'épaule..., on peut être amené à pratiquer cette intervention. » La césarienne de Portes trouve donc dans les présentations de l'épaule ses indications chaque fois que l'infection est très forte ;

que l'extraction par voie basse est sinon impossible du moins dangereuse (embryotomie impossible par suite de la rétraction utérine exagérée, crainte de rupture utérine).

Elle avait l'avantage sur la césarienne corporéale classique de permettre d'extraire un enfant vivant, d'éviter les risques d'une infection secondaire à une césarienne avec ré-introduction, de conserver le danger initial passé un système génital susceptible d'être réintégré dans la cavité péritonéale et capable théoriquement de fonctionner à nouveau et de donner des enfants à la femme.

L'absence de communication entre la plaie et la suture utérine de la grande cavité, la possibilité d'amputer le corps utérin très facilement en cas de nécessité, la conservation de la fonction de reproduction, en un mot ces avantages faisaient que cette intervention était pratiquée très fréquemment par les accoucheurs qui n'avaient pas d'autre moyen à leur disposition, en dehors de la césarienne classique, pour extraire l'enfant par voie haute.

C'est alors que l'importance relative de ce procédé a été modifiée par l'introduction en France, en 1924, de la

césarienne basse. Cette dernière a donc beaucoup diminué les indications de la césarienne Portes sans toutefois la supprimer entièrement. A l'heure actuelle, nous pouvons donc affirmer que ses indications sont rares et extrêmement difficiles à établir.

Cependant, l'opportunité de cette opération, croyons-nous, se posera toujours dans certaines circonstances, devant une femme en danger par exemple et principalement dans les cas où l'on hésite entre une intervention mutilatrice ou conservatrice alors que la césarienne basse elle-même est insuffisante et dangereuse pour la malade. Nous dirons donc que c'est une rareté, une technique d'exception indiquée dans des cas rares chez des femmes infectées dont la vie est menacée par une intervention conservatrice et auxquelles l'opérateur cherche à éviter une mutilation définitive. D'ailleurs de nos jours dans les hôpitaux on se trouve de moins en moins en présence de ces cas.

Dans le service de M. Devraigne à la Maternité de Lariboisière, nous avons seulement relevé, de 1922 à 1931, trois observations de césarienne Portes pour présentations de l'épaule que nous allons résumer :

OBSERVATION I.

Mme D..., âgée de 24 ans, secondipare. Un avortement de deux mois et demi en 1923, femme ayant une présentation de l'épaule négligée, infectée avec enfant mort. A son

entrée, le 25 juin 1924, poche des eaux rompue, épaule profondément engagée, mais plus de mouvements ni de bruits du cœur; l'utérus est rétracté sur le fœtus, il s'échappe un liquide méconial peu abondant, fétide. Une tentative d'embryotomie échoue, car le cou de l'enfant est très élevé et il est impossible de passer le crochet par suite de la rétraction du corps et du col utérin. La femme courant un risque d'infection le 25 juin, à 21 h. 40, on pratique une césarienne avec utérus en dehors (système Portes), l'opération dure 1 h. 50. Réintégration de l'utérus le 19 août par M. Guéniot, et la femme sort en bonne santé le 10 septembre.

OBSERVATION II.

N. G..., 26 ans, secondipare, opérée le 2 février. Anesthésie au chloroforme. Césarienne système de Portes; extraction d'un enfant vivant. Rentrée de l'utérus le 15 mars, par MM. Portes et Lacomme. Femme sortie de l'hôpital le 4 avril en état de parfaite santé.

OBSERVATION III.

Mme E..., 39 ans, IX p., 7 janvier 1929.

Opérateur : Meyer; Aide : Pelle.

Césarienne corporéale suivie d'extériorisation de l'utérus (opération de Portes).

Femme entrée à la Maternité après quatre jours de rupture de membranes. Température à 38°5.

Au toucher : on trouve dans le vagin un membre supérieur gauche profondément engagé. Contracture utérine avec ébauche d'anneau de Bandl ; 1 cm³ de morphine ; autorisation d'opérer par M. Devraigne.

Anesthésie au chloroforme (Mlle Thouvenin). Incision médiane sous et sus-ombilicale. Incision utérine corporéale. Extraction d'un enfant vivant pesant 1.950 grammes. Délivrance immédiate. Fermeture de l'utérus en deux plans au catgut chromé. Fermeture rétroutérine de la paroi : partie supérieure 2 plans (1 aponévrotico-péritonéal au catgut, 1 cutané aux crins). Partie inférieure en un plan aux fils de bronze. Les deux fils de bronze inférieurs en fil d'attente. Réintégration de l'utérus, après six semaines la femme sort guérie.

Conclusion

I. — Les présentations de l'épaule ont manifestement tendance à diminuer.

II. — La multiplication des consultations prénatales et les progrès de l'éducation obstétricale des praticiens semblent devoir expliquer cette diminution.

III. — L'évolution chirurgicale de l'obstétrique moderne en a amélioré le pronostic maternel et fœtal.

IV. — On peut, en effet, recourir dans certains cas à :

La césarienne corporéale classique dans les cas purs ;

La césarienne basse dans les mêmes cas ou quand les membranes sont rompues ;

L'opération de Portes ou l'hystérectomie dans les cas infectés. Ces deux opérations sont couramment employées d'après les cas cliniques et les préférences personnelles des opérateurs.

V. — La méthode dite de Delmas est encore à l'étude et relève du spécialiste.

Vu le Doyen,

Balthazard

Vu le Président,

COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

